

La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer

Yvon Lefebvre

Volume 16, numéro 2, automne 1991

Crise et intervention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032225ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032225ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lefebvre, Y. (1991). La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 23–39.
<https://doi.org/10.7202/032225ar>



ÉDITORIAL

La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise: une histoire à réinventer

Yvon Lefebvre*

Il est regrettable qu'on ait oublié les origines de l'intervention en situation de crise et les éléments clés qui déterminent l'efficacité de cette approche.

Un retour sur la théorie de la crise, quelques considérations sur la notion de santé mentale et sur l'emprise des groupes professionnels, et l'analyse du mouvement de balancier, observé entre les ressources médicales et les autres ressources professionnelles, nous conduisent à douter de la réalisation possible d'une intervention adaptée aux plus démunis dans leur communauté et d'une désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise.

Que ce soit au Québec, aux États-Unis ou en Europe francophone, en considérant les quelques expériences et réflexions publiées dans ce présent numéro, il nous semble qu'il y a matière à questionner la récupération institutionnelle et professionnelle dont plusieurs innovations des années 80 ont été l'objet.

Théorie de la crise et les origines de l'intervention (Lecomte et Lefebvre, 1986)

Parmi toutes les définitions de la crise, celle de Caplan est la plus populaire. La crise est «une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de ses problèmes» (Caplan, 1964, 53).

* L'auteur, Ph.D., est professeur en sciences de l'éducation à l'UQAM et chercheur en santé mentale et psychiatrie sociale. Il remercie M. Yves Lecomte pour sa participation et ses suggestions pour améliorer le contenu et la présentation de ce texte.

Cette définition comprend trois concepts principaux: l'équilibre-déséquilibre, l'événement dangereux et les mécanismes de solution de problème. *L'équilibre-déséquilibre* désigne la relation (physiologique) de l'individu avec son environnement social et physique, relation qui fluctue plus ou moins selon les périodes de sa vie. Ce concept dérive de celui d'homéostasie, c'est-à-dire de la tendance chez l'individu à maintenir un équilibre entre les processus corporels et environnementaux, de façon à s'assurer un fonctionnement optimal. *L'événement dangereux* est un événement qui menace l'équilibre psychologique de l'individu. Il peut survenir dans son environnement physique (par exemple, un désastre naturel), dans sa vie sociale (par exemple, la perte d'un parent) ou dans sa vie biologique (par exemple, une maladie). *Les mécanismes de solution de problème ou d'adaptation*¹ sont les façons conscientes et inconscientes par lesquelles un individu règle ses problèmes, protège et maintient sa sécurité et son équilibre (Puryear, 1979). Il y a deux façons de voir ces mécanismes (Lukton, 1974). Certains auteurs, comme Strickler et Algeyer (1967), les assimilent aux fonctions du moi. Ils les considèrent comme des mécanismes de défense conscients et inconscients ou comme des fonctions adaptatives du moi, déployés pour faire face au stress. D'autres les décrivent simplement comme des manières concrètes de faire face aux problèmes ou comme les modes de relations interpersonnelles (Puryear, 1979).

Les origines

Contrairement aux croyances des dernières décades, l'intervention en situation de crise n'a pas été créée suite aux travaux de Lindemann (1944) et de Caplan (1961, 1967). Certes, les travaux de ces auteurs, surtout ceux de Caplan, ont eu un tel impact, que les psychiatres et les professionnels non médicaux en sont venus à les considérer comme les pionniers de ce mode d'intervention et à croire que l'intervention de crise relevait du domaine psychiatrique.

En fait, l'intérêt manifesté pour l'intervention en situation de crise origine des bouleversements sociaux de la première moitié du siècle. En effet, suite à la première guerre mondiale, les États-Unis ont connu, durant les années 20-30, une immigration croissante et massive, une urbanisation rapide et un climat d'incertitude dû à ce qu'on a appelé «la Grande Dépression». Ces bouleversements sociaux ont augmenté la détresse et l'anxiété dans la population, à tel point que les services hospitaliers et médicaux ne surent répondre aux problèmes socio-psychologiques, qui remettaient en cause leurs acquis théoriques et pratiques.

Des changements dans les modes d'intervention s'imposaient donc. Les premiers à bénéficier des nouvelles expériences en intervention de crise furent les populations pauvres et démunies, les personnes désemparées et perdues dans certains centre-villes américains et européens. Mentionnons, par exemple, le projet «Travelers Aid Society» dans les gares et terminus américains, ainsi que des projets pour les personnes seules et désemparées dans les villes européennes de transit comme Amsterdam (Cooper, 1982; Querido, 1968; Lemkau et Crocetti, 1961; Milar et Henderson, 1956).

La deuxième guerre mondiale orienta l'intérêt des praticiens vers les tragédies découlant de cette guerre (deuil, divorce, violence dans les camps de concentration, etc.). Et de nouvelles découvertes cliniques furent alors réalisées. Ainsi, les cliniciens constatèrent que plus la réponse donnée à une personne en crise était rapide, grâce à la proximité des intervenants, plus celle-ci pouvait recouvrer son équilibre et éviter une chronicisation de l'état de stress transitoire dans lequel elle se trouvait. En s'inspirant des travaux de Gringer et Spiegel (1945), entre autres, la psychiatrie militaire américaine (Glass, 1953) a montré les effets négatifs du traitement traditionnel avec hospitalisation pour de telles situations de stress — l'utilisation de l'approche médicale pouvant conduire à des effets iatrogéniques jusque-là ignorés.

Suite aux nouvelles demandes formulées par les personnes en détresse, le temps et la pertinence de la réponse sont apparus, tant aux administrateurs qu'aux cliniciens, comme des facteurs d'efficacité de plus en plus significatifs.

De façon plus générale, le constat, fait par ces derniers, de l'accessibilité limitée et de l'inadéquation des services fournis à une partie importante de la population américaine démunie, a provoqué une remise en cause des concepts et des modes d'intervention privilégiés durant les années 50.

Constatant l'emprise de la psychiatrie et de la psychanalyse sur les nouvelles approches de la crise, les pouvoirs publics américains cherchèrent à s'en distancier, car il devenait de plus en plus évident que les personnes qui bénéficiaient de ces interventions appartenaient, pour la très grande majorité, aux classes privilégiées de la société. Cependant, même lorsque les fonds publics finançaient des services hospitaliers ou communautaires pour les moins bien nantis de la société, les professionnels avaient tendance à sélectionner les patients les plus aptes à réagir à leurs approches thérapeutiques, au détriment des plus démunis et des plus nécessiteux. De fait, les personnes qui bénéficiaient de ces nouvelles approches se révélaient différentes de celles pour lesquelles l'État

avait initialement alloué des fonds². Ces expériences furent un échec, autant clinique que socio-économique.

Durant les années 70, on mit sur pied des projets qui visaient à rapprocher les intervenants des populations démunies, dans une perspective préventive et/ou de restauration immédiate de l'équilibre des personnes en situation de détresse. Ces projets furent nombreux et novateurs: équipes multidisciplinaires, équipes polyvalentes mobiles, travailleurs de rue, travailleurs sociaux ou médecins communautaires. Les techniques d'intervention devinrent plus directes et plus accessibles, telle l'écoute téléphonique, l'intervention en situation de crise, etc.

Malheureusement, on confondit de plus en plus urgence psychiatrique et situation de crise (Gorton et Partridge, 1982) et les hôpitaux finirent par gérer toutes ces expériences innovatrices qu'on voulait au départ communautaires.

Les centres de crise au Québec: les débuts

Le tutorat hospitalier, bien qu'en force au début des années 80 (voir Boudreau, 1984) n'a pu résister devant l'évidence des faits, à savoir qu'une telle réorientation des politiques et mesures en santé mentale était inadéquate.

En effet, au Québec, le surpeuplement des urgences et l'utilisation de modèles thérapeutiques inaptes à répondre à une partie des besoins en urgence psychiatrique ont provoqué une désinstitutionnalisation hospitalière partielle des ressources liées à la crise. Suite aux études de Bozzini (1979), Spitzer et Sicotte (1986) et Blais et al. (1986), qui confirmaient la présence de nouvelles formes de déstabilisation transitoire de plus en plus importantes, non pathologiques parmi le nombre de personnes en crise, une politique de désengagement des urgences fut adoptée. Elle a favorisé le début d'une décentralisation des nouveaux services offerts, un rapprochement avec la communauté et l'émergence d'initiatives originales tels que les centres de crise, mieux adaptés aux besoins d'intégration des personnes en crise dans leur milieu (se référer à Lefebvre et Coudari dans ce numéro). Mais à qui confier le mandat de gérer la crise? Aux hôpitaux? Aux CLSC? À des organismes communautaires, sans but lucratif? À l'entreprise privée? Ou encore à des corporations professionnelles compétentes?

Les éléments clés de l'intervention de crise et les initiateurs des années 80

Rappelons que, déjà à cette époque, confier l'intervention en situation de crise aux institutions hospitalières ou à des organismes

sociaux allait à l'encontre des facteurs jugés déterminants dans l'efficacité de cette approche³.

En effet, même si certaines études⁴ relèvent le rôle déterminant de la médication, particulièrement auprès des populations les plus lourdement atteintes, cette dernière ne constitue pas un facteur prédictif d'efficacité en intervention de crise. Il en est de même du modèle thérapeutique⁵, qu'il soit familial⁶ ou behavioral⁷. Les études évaluatives font plutôt ressortir que ce sont les modalités d'application de l'intervention de crise qui serviraient de facteurs prédictifs positifs.

Les modalités les plus souvent mentionnées dans les résolutions de la crise sont: a) *la rapidité avec laquelle on réagit à la demande de l'individu en crise*. Nombre d'études⁸ insistent sur l'importance de ce facteur et il semble y avoir concordance sur les résultats positifs de son impact. Seuls quelques évaluateurs continuent de le mettre en doute (par exemple, Parad et Parad, 1968; Calsyn et al., 1977); b) *la nécessité que l'intervention de crise se fasse à l'intérieur de services intégrés*, qui se donnent de préférence dans la communauté (et non à l'hôpital) et au sein d'une équipe pluri et interdisciplinaire, travaillant en étroite collaboration (sans compétition professionnelle hiérarchique⁹; c) *la compréhension et le support de l'entourage*¹⁰ *par la communauté*, assurés par des intervenants¹¹ ou par un groupe d'individus aux prises avec des problèmes similaires¹².

Le support de l'entourage, dans ce dernier cas, s'exerce surtout dans le sens de l'identification et de l'appartenance à un groupe, grâce à la similarité des problèmes vécus par les personnes et à la cohésion du groupe, ce qui décourage la régression et l'abandon durant l'intervention. Les liens qui se créent entre certains individus du groupe, pendant et après la période de crise, permettent de constater la possibilité de sortir de la crise plus mature et moins vulnérable qu'auparavant. En ce sens, les effets de la crise sont perçus et vécus comme une opportunité de croissance plutôt qu'un échec, face à des événements marquants plus ou moins prévisibles.

La prédominance de la tradition professionnelle, la santé mentale et l'intervention en situation de crise

À la lecture des articles présentés dans ce dossier, il apparaît que certains collaborateurs favorisent les mécanismes de défense, au lieu des mécanismes d'affrontement dans l'interprétation et la recherche de solutions. Ils hésitent entre une psychiatrie de la crise, une psychanalyse de la crise et une psychothérapie brève, plutôt que de favoriser l'approche par résolution de problème, sans entrer dans les méandres de

l'inconscient et les mécanismes de défense. M. Andreoli, dans un ouvrage publié en 1986, exprime la nécessité d'une réinterprétation psychanalytique de la crise, à l'opposé d'une orientation vers la psychiatrie sociale ou communautaire des années 70. D'autres auteurs restent fidèles à la tradition médicale et à la psychiatrie d'urgence (Caroli et Massé, 1985; Debout, 1981). Une solution intermédiaire, entre l'approche par les mécanismes de défense et celle par les mécanismes d'affrontement, est de plus en plus recherchée par la psychothérapie brève (voir *Les Actes du XIIIe*, document non daté). C'est ce point de vue que de plus en plus de psychiatres américains (Winston, 1985; Castelnovo-Tedesco, 1986) semblent partager, devant la démobilisation des usagers et l'inefficacité des traitements psychanalytiques, psychiatriques et psychodynamiques de longue haleine, offerts à la majorité des personnes vivant des crises existentielles passagères, voire répétitives.

Il nous apparaît plutôt douteux de répondre positivement aux attentes et besoins des personnes en crise dans nos sociétés urbaines post-industrielles et occidentales, si certaines conceptions de la santé mentale, qui prévalent encore, ne sont pas désoccultées d'une pseudo-normalité répressive et contraignante autant par ses exigences élitistes que communes.

La recherche constante de l'équilibre dans la théorie de la crise devrait être poussée à la limite, afin de transcender toute définition de la santé mentale faite à partir de la normalité statistique et psychométrique, la présence ou non de symptômes psychiatriques ou encore, d'une conception utopique de la santé, parce qu'issue de croyances psychanalytiques ou philosophiques non vérifiables. Cela permettrait de démystifier, d'épurer et de relativiser les notions de maladie, de pathologie et de déséquilibre mental, pour nous orienter vers une vision plus réaliste, actualisante et évolutive de la personne, qui tend vers un équilibre optimal de son individualité, même dans les situations jugées les plus catastrophiques et perturbatrices.

On pourrait peut-être ainsi sortir du cercle vicieux de la psychiatisation, de la médicalisation et de la «chronicisation» de nombreuses situations de crise, de ce que M. Andreoli a appelé le «vocation psychosocentrique» de l'intervention hospitalière et médicale. Cela nous permettrait aussi de décanter et de nuancer nos interprétations défensives et ethnocentriques, pour déboucher sur une connaissance plus systémique, évolutive, dynamique et objective des réactions des individus, lorsque ceux-ci sont soumis à des conditions et des événements qui

dépassent l'ordre des mécanismes d'affrontement habituellement utilisés (voir Glass, 1953, 1957; Gringer et Spiegel, 1945).

Ceci nous renvoie à des connaissances acquises, il y a plusieurs décades, quant à des mécanismes d'adaptation inhabituels, mais courants, que l'individu est porté à utiliser dans des situations extrêmes de stress, mécanismes qu'on aurait tort de confondre trop rapidement avec de la pathologie ou de la maladie, en raison des symptômes manifestés dans l'immédiat:

Il devrait être reconnu qu'à la fois, les symptômes et les comportements dits anormaux représentent un effort révélateur d'adaptation dans des conditions inhabituelles de stress. Le manque d'habileté première à se confronter à des situations menaçantes ou dangereuses représente un comportement d'affrontement, de fuite ou de régression dans un effort pour atteindre un compromis satisfaisant, par une solution pour équilibrer les besoins internes de l'individu et les demandes externes qui lui sont faites... Cette forme de comportement psychologique qui semble sans effet immédiat dans le combat sur un front militaire, n'est pas déterminée en premier lieu par des traits de personnalité, mais elle est plutôt déterminée par les conditions et circonstances pratiques et immédiates de la situation de guerre ou par les groupe en présence (y compris l'aide médical et thérapeutique) qui accepte ou non, dans de telles circonstances ces symptômes ou comportements comme allant de soi (Glass, 1957, 194-195).

L'intervention en situation de crise suppose entre autre une remise en question des attitudes quant à ce qu'on qualifie de normal et de pathologique dans le développement de la personne. On devrait, de même, reviser le rôle que l'on se donne comme intervenant et comme membre d'une équipe clinique dans le devenir de la personne en crise, en considérant que celle-ci est insérée dans un environnement spécifique et qu'elle est également responsable du déroulement et du suivi de l'intervention. Il faudrait aussi que l'on dispose d'un modèle d'intervention qui ne contrecarre pas la théorie de la crise, en y superposant d'autres types de modèles, soit psychanalytiques, psychiatriques, psychothérapeutiques, sociaux ou autres.

Plusieurs professionnels éprouvent des difficultés à «dépsychotiser», «dénévrotiser» ou «décaractérialiser» la dynamique évolutive transitoire des crises existentielles vécues par les usagers. Leur déformation professionnelle est un bouclier sécurisant pour plusieurs: ils sont ainsi beaucoup plus portés à analyser les situations et les personnes (mécanismes de défense) qu'à les aider à résoudre leurs problèmes par l'acquisition d'habiletés et de connaissances (mécanismes d'affrontement),

qui leur permettraient d'affronter les événements stressants et perturbants pour un meilleur équilibre personnel.

Éléments clés et pratique de l'intervention

L'évolution globale des nouveaux centres de crise au Québec montre un écart important entre les intentions et la pratique. Ces projets, qui devaient normalement favoriser un nouveau type de contact, d'évaluation et d'intervention dans la communauté, tiennent partiellement leurs promesses avec les habitudes institutionnelles et professionnelles qui reviennent en force.

L'euphorie des premières années s'est estompée progressivement devant la normalisation des contrats de travail, qui réduit la marge de manœuvre de l'intervention. L'originalité et la spécificité de l'intervention semblent s'émietter dans plusieurs centres. Et on pense de plus en plus à satisfaire les besoins des gestionnaires et des intervenants aux dépens des éléments clés précités.

Ainsi, on peut se demander en quoi on peut parler de *rapidité de la réponse* à la demande 1) quand on suggère à des personnes en crise de faire le tour des hôpitaux à 23h00 du soir; 2) lorsqu'on répond au téléphone que toute l'équipe est en réunion et qu'il faut rappeler dans trois heures; 3) ou, encore mieux, quand on décide que le centre ne répond plus aux appels durant les fins de semaine ou après telle heure du soir.

L'organisation à l'intérieur de certains centres laisse aussi à désirer, lorsqu'on constate, par exemple, le manque de communication entre le personnel et les usagers, le peu de présence dans le milieu dit naturel, le contrôle qu'on y exerce, la hiérarchisation et la centralisation des tâches principales par certains responsables, la catégorie de gens que l'on accueille comparativement à ceux que l'on devait accueillir comme population cible. Certains centres de crise ont pourtant été créés pour répondre précisément aux besoins de certaines populations cibles (itinérants, urgences sociales, crises psychosociales, accueil et hébergement des plus démunis du secteur vivant une situation de crise, etc.). Il semble que certains responsables de centres aient réinstitutionnalisé l'intervention en situation de crise en imposant des barrières matérielles, organisationnelles ou professionnelles. Ils ont ainsi rendu pratiquement impossible le développement d'un modèle d'intervention inventif, intégré à la communauté et propre à la théorie de la crise.

Conclusion

De cette brève analyse du mouvement de balancier observé depuis les années 60, entre les ressources médicales et les autres ressources

thérapeutiques, on peut conclure que le passage de l'une à l'autre de ces ressources n'a pas, dans l'ensemble, désinstitutionnalisé l'intervention en situation de crise. Celle-ci reste à réinventer, en restituant les ressources à la communauté plutôt qu'en tentant de les récupérer à des fins professionnelles.

De nouveaux modèles de gestion, d'organisation et d'intégration des ressources, plus rapprochés des communautés hétérogènes de citoyens et d'usagers, sont à développer. Cela ne peut se faire sans difficultés ni confrontations, comme le soulignait Yves Lecomte en 1986. En effet, de tels changements exigent un bouleversement idéologique et pratique à l'égard des situations sociales dérangeantes (marginalisation, maladie, risques socio-psychologiques, etc.). Seule une approche de la santé mentale, qui ne sépare pas le «sujet en crise» de sa réalité sociale, permet d'envisager la désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise. Trop souvent on isole la personne qui a besoin d'aide, comme un objet à disséquer et à orienter. On lui offre le service professionnel que l'on veut bien lui offrir, selon les préoccupations sociales, médicales ou psychologiques des intervenants. On dissimule ainsi, sous le vocable «compétences professionnelles», la limite de ses moyens professionnels. Une remise en question fondamentale s'avère nécessaire pour répondre à la détresse et à l'anxiété vécues par les personnes en crise. Il faut transformer nos instincts de défense institutionnels et professionnels en sentiments de sympathie et de compréhension vis-à-vis de l'autre, que l'on considère alors comme semblable à soi.

Peut-on en arriver à identifier des besoins qui dépassent la symptomatologie ou les traits de personnalité, dits pathologiques, dans l'expression des besoins et des désirs de l'individu en situation de crise? (voir Lefebvre et Coudari, 1985, 1992). L'expression de la détresse dans ces circonstances pourrait-elle devenir l'occasion d'un rapprochement avec l'individu et la communauté plutôt qu'une séparation? Peut-on axer l'intervention sur la recherche d'un équilibre optimal, propre à l'histoire personnelle et sociale de la personne en cause, plutôt que sur le traitement d'un déséquilibre basé sur des mécanismes personnels et professionnels défensifs, et aliénants autant pour les intervenants que pour les personnes en crise?

Alors l'institution en invention autour de l'objet «existence-souffrance du corps en rapport avec le corps social» sera faite de services qui — une fois éliminée la séparation du modèle médical et reconnues dans le modèle psychologique les mêmes fautes — entrent de plein droit dans le champ des mécanismes sociaux, comme moteurs de socialité et producteurs de sens. Ils interfèrent avec tous les aspects de la vie quotidienne,

avec les oppressions quotidiennes, moments de la possible reproduction sociale, producteurs de richesse, d'échanges multiples et donc thérapeutiques.

Alors l'activité thérapeutique consiste dans l'intentionnalité des services qui doivent être des intermédiaires matériels, capables de remettre en mouvement des échanges sociaux bloqués, de recueillir et de valoriser les symptômes, les symboles et les sens multiples du patient en les déplaçant et en les désinstitutionnalisant.

Il est nécessaire d'accepter ce défi de la complexité des différents niveaux de l'existence, de ne réduire le sujet à la maladie, ou à une communication troublée, ou au fait d'être pauvre et c'est tout; en ne le divisant pas en un corps et une psyché, mais en le réinscrivant dans le corps social (Rotelli, 1990, 63-64).

NOTES

1. Ces mécanismes ont été catégorisés comme adaptés et inadaptés par Kalis (1970). Les *mécanismes adaptés* sont les suivants: l'exploration active des solutions réalistes et la recherche des informations pertinentes; l'expression des sentiments négatifs et positifs, la tolérance envers la frustration; l'acceptation du soutien de l'entourage; la séparation du problème en parties plus petites et manipulables; la prise de conscience des tensions vécues, et de la désorganisation éventuelle; le maintien du contrôle de soi dans d'autres aires de fonctionnement; le changement de ses sentiments si possible et l'acceptation de l'inévitable; la flexibilité et la volonté de changer; la confiance en soi et en autrui; un certain optimisme quant à l'avenir. Quant aux *mécanismes inadaptés* ce sont: les jugements basés sur la pensée magique et non sur la réalité; l'évitement et la négation de ses problèmes ou sentiments négatifs par la projection ou le blâme sur autrui; le ralentissement de sa désorganisation par de l'hyperactivité ou de la passivité; la fuite ou le refus de l'aide d'autrui; la réaction sans nuance et stéréotypée au problème; le sentiment d'être submergé. Comme on peut le voir, cette énumération inclut des réponses comportementales (Dressler et coll., 1976) et des mécanismes de défense inconscients. Ces mécanismes sont des styles de vie qui furent consciemment ou inconsciemment mis en action. Ce sont des comportements (en parler, se plaindre, se chicaner, fuir) ou des réactions inconscientes (régression, refoulement). Le choix se fait en fonction des épreuves antérieures, à savoir lesquels ont le mieux réussi à résoudre ces dernières. Ces actions peuvent d'ailleurs devenir des réflexes à force d'être répétées dans diverses situations.
2. Voir à ce sujet, Félix, R.H., 1967, Perrow, C. (1965), Clausen, E.J. (1961), U.S. National Center for Health Statistics (1965), U.S. Public Health Service (1965, 1966) et Mechanic, D., (1969), qui fait référence à tous ces ouvrages et à bien d'autre sur le sujet, p. 9-10. Voir aussi Riessman, F., Cohen, J., Pearl, A. (éd.) (1964) et Myers, J.K., Bean, L.L. (éds.) (1968).

3. Nous avons déjà publié une revue analytique des recherches (non des opinions sur le sujet) et études entreprises pour déterminer les facteurs prédominants dans l'efficacité de l'intervention en situation de crise. Lecomte, Y., Lefebvre, Y., 1986; Lefebvre, Y., Lecomte, Y. et autres, 1987.
4. Anthony et coll. (1972), Gottschalk et coll (1967), Maris et Connor (1973), Polak et Kirby (1976), Schwartz (1971).5
5. Jacobson (1980), Langsley (1969a, 1969b, 1971, 1980), Pittman et coll. (1966).
6. Delaney et coll. (1978), Paul et Turner (1976).
7. Voir à ce sujet Slaby, A.E. (1985).
8. Bordow et Porrit (1979), Caplan (1964), Delaney et coll. (1974), Donovan et coll. (1979), Gottschalk et coll (1967), Rusk et Gerner (1972), Paul et Turner (1976), Trakos et Lloyd (1971), Tyhurst (1958), Wolkon (1972), Castelnuovo-Tedesco (1986).
9. Albee (1976), Anthony et coll. (1972), Birger et coll. (1974), Bonnefil (1980), Chacko (1985), Cooper (1982), Decker et Stubblebine (1972), Herz et coll. (1979), Langsley et coll. (1968, 1969, 1971, 1980), Lieb et coll. (1973), Paul et Turner (1976), Pittman et coll. (1966), Polak et Kirby (1976), Jaffe, D.T. (1975).
10. Bordow et Porrit (1979), Herz et coll. (1979), Langsley, Flomenhaft et Machotka (1969), Myers et coll. (1975), Pittman et coll. (1966).
11. L'utilisation de la dépendance des personnes en crise, qui demandent à être satisfaites de façon compréhensive et soutenante, recouvre très souvent cette présence jugée significative des intervenants dans les modalités de traitement. Certains auteurs relèvent l'incertitude des résultats sur ce sujet. Voir entre autres Sampson (1965), Wolkon (1972), Brigg et Mudd (1968), Heilbrun (1970), Læb et Scoles (1968), Winder et coll. (1962), Wolkon (1968, 1972).
12. Donovan et coll. (1979), Gottschalk et coll. (1973), McGee et Larsen (1967), Trakos et Lloyd (1971).

RÉFÉRENCES

- AGUILERA, D.C., MESSICK, J.M., 1976, *Intervention en situation de crise*, The C.V. Mosby Co., Toronto.
- ALBEE, G.W., 1976, Avant-propos sur l'intervention en situation de crise in Aguilera, D.C., Messick, J.A., eds, *Intervention en situation de crise*, The C.V. Mosby Co., Toronto, VII-VIII.
- ANDERSON, D., 1979, La santé mentale en France et en Grande-Bretagne, *L'information psychiatrique*, 55, n° 8, 875-882.
- ANDREOLI, A., LALIVE, J., CARRONE, G., eds, 1986, *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Simep, Paris.

- ANTHONY, A.W., BUEL, G.J., SHARRATT, S., ALTHOFF, E., 1972, Efficacy of psychiatric rehabilitation, *Psychological Bulletin*, 78, 447-456.
- BECK, A., RESNICK, N.L.P., LITTIERI, D.J., eds, 1975, *The Prediction of Suicide*, The Charles Press, Maryland.
- BIRGER, D. et al., 1975, Evolution and demise of a crisis intervention program in a state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 25, 675-677.
- BLAIS, L., en collaboration avec Daignault, L., Gervais, S., Ouimet, C., 1986, *Enquête exploratoire sur la clientèle de l'urgence psychiatrique de l'hôpital du Sacré-Cœur (Pavillon A. Prévost)*, D.S.C Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.
- BLOOM, U., 1963, Definitional aspects of the crisis concept, *Journal of Consulting Psychology*, 27, n° 6, 498-502.
- BONNEFIL, M.C., 1980, Crisis intervention with children and families, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 23-34.
- BORDOW, S., PORRIT, D., 1979, An experimental evaluation of crisis intervention, *Social Sciences and Medicine*, 13a, 251-256.
- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, St-Martin, eds, Montréal.
- BOZZINI, L., CONTANDRIOPOULOS, A.P., LEBEAU, A., PINAULT, R., 1979, *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain*, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal.
- BRIGG, E.H., MUDD, E.H., 1968, An exploration of methods to reduce broken first appointments, *Family Coordinator*, 17, 41.
- CAPLAN, G., 1961, *An Approach to Community Mental Health*, Grune and Stratton, New York.
- CAPLAN, G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York, 26-55.
- CAREY-BÉLANGER, E., CÔTÉ, C., 1982, Les interventions brèves: huit ans après, *Service Social*, 31, n° 2-3, 240-289.
- CASTELNUOVO-TEDESCO, P.F., 1986, *The Twenty-minute Hour. A Brief Psychotherapy for the Physician*, American Psychiatric Press Inc., Washington, D.C.
- CHACKO, R.C. (1985), *The Chronic Mental Patient in the Community*, Washington D.C., American Psychiatry Press Inc.
- CARON, F., MASSE, G., 1985, *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin éditeurs, Paris.
- COOPER, J.E., 1982, *Services d'urgences psycho-sociales et psychiatriques*, Bureau régional d'Europe, O.M.S., Copenhague.
- CLAUSEN, J., 1961, Mental disorders in Merton, R., Nisbet, R., eds, *Contemporary Social Problems*, Harcourt, Brace & World Inc., 2^e édit., New York, 26-83.
- DEBOUT, M., 1981, *Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise*, Masson, Paris.

- DECKER, J.B., STUBBLEBINE, J.M., 1972, Crisis intervention and prevention of psychiatric disability: A follow-up study, *American Journal of Community Psychology*, 129, n° 6, 101-105.
- DELANEY, J.A., SEIDMAN, E., WILLIS, G., 1978, Crisis intervention and prevention of institutionalization: an interrupted time series analysis, *American Journal of Community Psychology*, 6, n° 1, 33-45.
- DONOVAN, J.M., BENNET, M.J., McELROY, C.M., 1979, The crisis group: an outcome study, *American Journal of Psychology*, 136, n° 7 906-910.
- DRESSLER, D.M., DONAVAN, J.M., GELLER, R.A., 1976, Life stress and emotional crisis: the idiosyncratic interpretation of life events, *Comprehensive Psychiatry*, 17, n° 4, 549-558.
- FELIX, R.H., 1967, *Mental Illness: Progress and Prospects*, Colombia University Press, New York.
- FRANK, J.D., 1974, *Persuasion and Healing. A comparative Study of Psychotherapy*, Schocken Books, New York, 2^e édition.
- GLASS, A.J., 1957, Observations upon the epidemiology of mental illness in troops during warfare, in Symposium on Preventive and Social Psychiatry, Washington D.C., Walter Reed Army Medical Center, 185-198, cité par Mechanic, D., 1969, *Mental Health and Social Policy*, Prentice-Hall, N.J., 76.
- GLASS, A.J., 1953, Psychotherapy in the combat zone in Symposium on Stress, Washington, D.C., Army Medical Service Graduate School, Walter Reed Army Medical Hospital, 289-294, cité par Mechanic, D., 1969, *Mental Health and Social Policy*, Prentice-Hall, N.J., 76.
- GORTON, J.G., PARTRIDGE, R., eds, 1982, *Practice and Management of Psychiatric Emergency Care*, The C.V. Mosby Co., St-Louis.
- GOTTSCHALK, L.A., FOX, R.A., BATES, D.E., 1973, A study of prediction and outcome in a mental health crisis clinic, *American Journal of Psychiatry*, 130, n° 10, 1107-1111.
- GOTTSCHALK, L.A., MAYERSON, P., GOTTLIEB, A.A., 1967, Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 144, n° 2, 77-96.
- GRINGER, R.R., SPIEGEL, J.P., 1945, *Men under Stress*, Blakiston, Philadelphia.
- HEILBRUN, A.B., 1970, Toward the resolution of the dependency-premature termination paradox for female in psychotherapy, *Journal of Consulting in Clinical Psychology*, 34, 382.
- HERZ, M.I., ENDICOTT, J., GIBBON, C.K., 1982, Brief hospitalization: two-year follow-up, *Archives of General Psychiatry*, 36, 701-705.
- HUBER, W., 1987, *La psychologie clinique aujourd'hui*, Pierre Mardaga, Bruxelles.
- JACOBSON, D.S., ed., 1980, Crisis intervention with step families, *New Directions for Mental Health Services*, 6.

- JACOBSON, G.F., 1979, Crisis-oriented therapy, *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 39-54.
- JAFFE, D.T., ed., 1975, *In Search of a Therapy*, Harper C. Cophon Books, N.Y.
- KALIS, B.L., 1970, Crisis theory: its relevance for community psychology and directions for development eds, in Adelson, D.A., Kalis, B.L., *Community Psychology and Mental Health*, Chandler Pub. Co., Scranton, 69-88.
- KORNER, I.N., 1973, Crisis reduction and the psychological consultant in Spec-ter, G.A., Clairborn, W.L., eds, *Crisis Intervention*, 2, Behavioral Publications, N.Y., 34-45.
- LANGSLEY, D.G., 1980, Crisis intervention and the avoidance of hospitalization, *New Directions for Mental Health Services*, 6, 81-90.
- LANGSLEY, D.G., 1981, Crisis intervention: an update, *Current Psychiatric Therapies*, 19-37.
- LANGSLEY, D.G., KAPLAN, D., 1968, *The Treatment of Families in Crisis*, Grune and Stratton, N.Y.
- LANGSLEY, D.G., FLOMENHAFT, K., MACHOTKA, P., 1969b, Follow-up evaluation of family crisis therapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 127, n° 10,
- LANGSLEY, D.G., PITTMAN, F.S., SWANK, G.E., 1969a, Family crisis in schizophrenics and other mental patients, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, n° 3, 270-276.
- LECOMTE, Y., 1986, Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 5-18.
- LECOMTE, Y., LEFEBVRE, Y., 1986, L'intervention en situation de crise, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 2, 122-142.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., 1985, *Psycauses*, UQAM — Section nationale du Bien-Etre social du Ministère de la Santé et du Bien-Etre social Canada, Montréal-Ottawa.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., 1992, *Entre le délit et le délire: apprivoiser le désir*, UQAM — Section nationale du Bien-Etre social du Ministère de la Santé et du Bien-Etre social Canada, Montréal-Ottawa.
- LEFEBVRE, Y., LECOMTE, Y., en collaboration avec Monique Frenette et Charles Tourigny, 1987, Une approche cybernético-écologique de la crise, *Pour un réseau autonome en santé mentale?*, Cosame-Gifric, Québec, 33-44.
- LEMKAU, P., CROCKETT, G.M., 1961, The Amsterdam municipal psychiatric service: a psychiatric-sociological review, *American Journal of Psychiatry*, 117, 779-783.
- Les Actes du XIII^e (non datée), *La crise en question*, Revue du Centre Philippe Paumelle, Paris.
- LIEB, J., LIPSITCH, I.I., SLABY, A.E., 1973, *The Crisis Team. A Handbook for the Mental Health Professional*, Harper and Row, N.Y.

- LINDEMANN, E., 1944, Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-8.
- LINDEMANN, E., 1979, *Beyond Grief, Studies in Crisis Intervention*, Jason Aronson, N.Y., 113-135.
- LOEB, A., SCOLES, P., 1968, Reactivating dropouts from a psychiatric rehabilitation program, *Social Work*, 13.
- LUKTON, R.C., 1974, Crisis theory: review and critique, *Social Service*, 48, 384-402.
- MARIS, R., CONNOR, H.E., 197, Do crisis services work?: A follow-up of a psychiatric outpatient sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 4, 311-322.
- MCGEE, T.F., LARSEN, V.B., 1967, An approach to waiting list therapy groups, *American Journal of Orthopsychiatry*, 37.
- MECHANIC, D., 1969, *Mental Health and Social Policy*, Prentice Hall, New Jersey.
- MILAR, W.M., HENDERSON, J.C., 1956, The Health service in Amsterdam, *International Journal of Psychiatry*, 2, n° 2, 144.
- MORRICE, J.K.N., 1976, *Crisis Intervention Studies in Community Care*, Pergamon Press Ltd., Oxford.
- MYERS, J.K., BEAN, L.L., Eds, 1968, *A Decade Later: A Follow-Up of Social Class and Mental Illness*, John Wiley and Sons Inc., N.Y.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P., 1975, Life events, social integration and psychiatric symptomatology, *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 421-429.
- PAUL, L., 1966, Crisis Intervention, *Mental Hygiene*, 50, 141-5.
- PAUL, T.W., TURNER, J.A., 1976, Evaluating the crisis service of a community mental health center, *American Journal of Community Psychology*, 4, n° 3, 303-308.
- PERDIGON, V., 1980, De l'urgence à l'accueil, *L'information psychiatrique*, 56, n° 3, 289-297.
- PERROW, C., 1965, Hospitals: technology, structure and goals, in March, S., Ed., *Handbook of Organizations*, Rand MacNally & Co, Chicago, 916-971.
- PITTMAN, F.S., 1973, Managing acute psychiatry emergencies: defining the family crisis, *Seminars in Psychiatry*, 5, n° 2, 219-27
- PITTMAN, F.S., DE YOUNG, C. FLOMENHAFT, K., KAPLAN, D.M., LANGSLEY, D.G., 1966, Crisis family therapy, *Current Psychiatric Therapies*, 187-196.
- POLAK, P.R., KIRBY, M.W., 1976, A model to replace psychiatric hospitals, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 13-22.
- PREMIÈRE JOURNÉE DE L'ASSOCIATION ACCUEILS, 1988, *Les centres d'accueils et de crise*, Centre Chaillot-Galliéra, Association Accueils et MIRE, Paris.
- PURYEAR, R.H., 1979, *Helping People in Crisis*, Jossey-Bass Publisher, Londres.

- QUERIDO, A.M., 1968, The Shaping of community mental health care, *British Journal of Psychiatry*, 114.
- RIESSMAN, F., COHEN, J., PEARL, A., Eds., 1964, *Mental Health of the Poor*, N.Y.
- ROBINSON, L.H., Ed., 1986, *Psychiatry and Religion: Overlapping Concerns*, A.P.A., Coll. Clinical-Insights, Washington.
- ROTELLI, F., 1990, L'institution en invention, *Perspectives*, n° 15, 55-70.
- RUSK, T.N., GERNER, R.H., 1972, A study of the process of emergency psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 128, 882-885.
- SABSHIN, M., 1972, Twenty-five years after men under stress in Offer, D., Freedman, D.X., eds, *Modern Psychiatry and Clinical Research. Essays in Honor of Roy R. Grinker, Sr.*, Basic Books Inc., N.Y., 94-101.
- SAMPSON, E.E., 1965, The study of ordinal position: Antecedents and outcomes, in B.A. Maher, ed., *Progress in Experimental Personality Research*, 2, Academic Book, N.Y., 257.
- SCHULBERG, H.C., SHELDON, A., 1986, The probability of crisis and strategies for preventive intervention, *Archives of General Psychiatry*, 18, 553-8.
- SCHWARTZ, S.L., 1971, A review of crisis intervention programs, *Psychiatric Quarterly*, XLV, 498-507.
- SIFNEOS, P.E., 1960, A concept of emotional crisis, *Mental Hygiene*, 44, 169-179.
- SLABY, A.E., 1985, Crisis-oriented therapy, *New Directions for Mental Health Services*, 28, 21-34.
- SPITZER, W.O., SICOTTE, C., 1985, *Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise*, Université McGill, Montréal.
- STRICKLER, M., ALGEYER, J., 1967, The crisis group: a new application of crisis theory, *Social Work*, 12, 28-32.
- TRAKOS, D.A., LLOYD, G., 1971, Emergency management in a short term open group, *Comprehensive Psychiatry*, 12, 170-175.
- TYHURST, J.S., 1958, The role of transitional states-including disaster-in mental illness, Symposium on Preventive and Social Psychiatry, Washington D.C., 1958, in Cooper, J.E., *Services d'urgences psychosociales et psychiatriques*, Copenhagen, O.M.S., 10.
- U.S. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 1965, *Characteristics of Patients in Mental Hospitals in United-States*.
- U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE, 1965, Survey of Mental Health Establishments, *Mental Health Manpower*, 8, octobre.
- U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE, 1966, Occupational and personal characteristics of psychiatrists in the United-States — 1965, *Mental Health Manpower*, 9, février.
- VAILLANT, G.E., 1986, *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defence*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.

- WINDER, C.L. AHMAD, F.S., BANDURA, A., RAW, L.C., 1962, Dependency of patients, psychotherapists responses, and aspects of psychotherapy, *Journal of Consultation Psychology*, 26, 129.
- WINSTON, A., ed., 1985, *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- WOLKON, G.H., 1968, Effecting a continuum of race: an exploration of the crisis of psychiatric hospital release, *Community Mental Health Journal*, 4, 63.
- WOLKON, G.H., 1972, Crisis theory, the application for treatment and dependency, *Comprehensive Psychiatry*, 13, n° 5, 459-464.